

# **RAZONAMIENTO INICIAL DEL PACIENTE FEBRIL**

**DR. GUILLERMO A. RECÚPERO, MARZO 2019**

---

# INTRODUCCIÓN

- Razonamiento desde
- Necesidad de un pla
- Importancia de la co



## **OBJETIVOS**

- **Lograr una aproximación inicial al diagnóstico de una Entidad Infectológica concreta.**
  - **Realizar una valoración inicial de riesgo, carga de enfermedad.**
  - **Determinar la urgencia.**
  - **Establecer una conducta inicial.**
-



# CONCEPTOS

*Es importante en el encuentro inicial con el paciente determinar un síndrome Infectológico:*

**1. SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO**

**2. SÍNDROME FEBRIL DE RECIENTE COMIENZO**

- Síndrome febril causado por un foco determinado:
  1. Bacteriemia
  2. Sepsis
  3. Infecciones en aparatos y sistemas
- Síndrome febril agudo inespecífico

# SINDROME FEBRIL DE RECIENTE COMIENZO

**Interrogatorio detallado**

**Datos epidemiológicos**

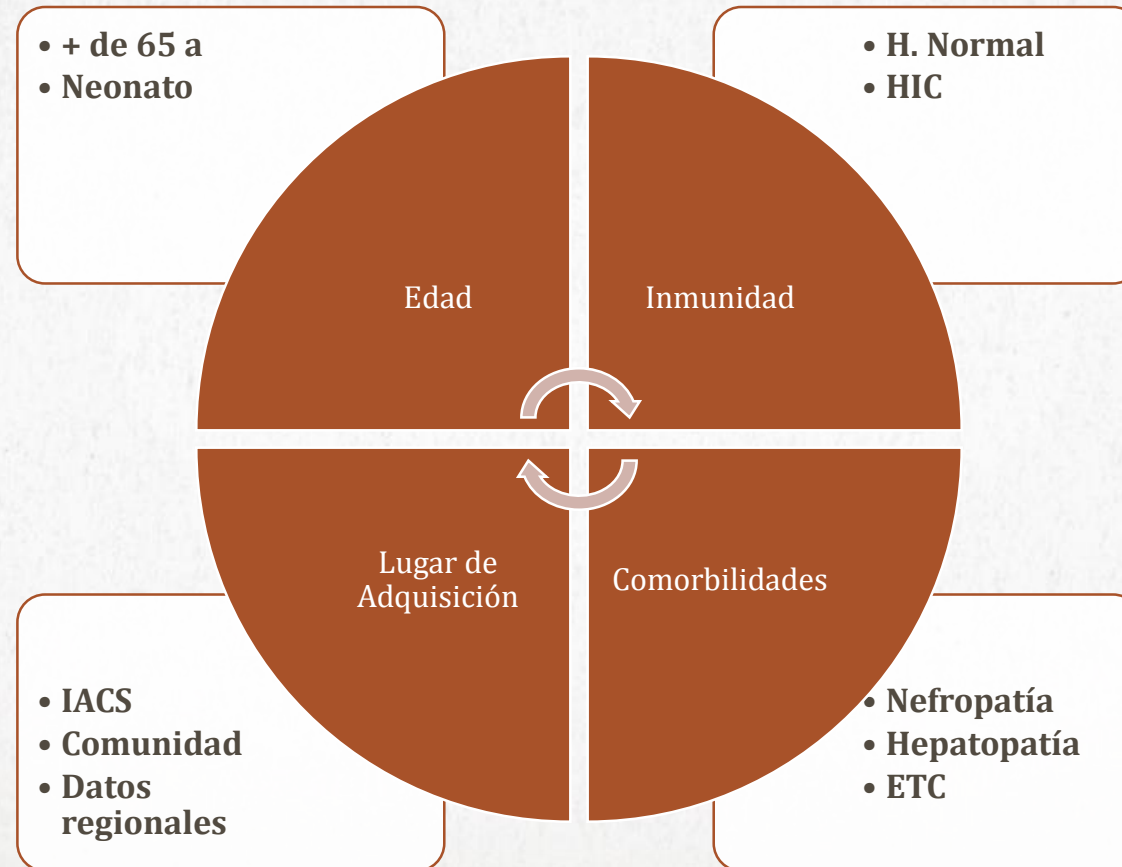
**Examen clínico**

**Métodos complementarios iniciales**

# VALORACIÓN DE RIESGO INICIAL



# TIPO DE HUÉSPED





# El paciente tiene o no SIRS

SEPSIS

Q SOFA (quick SOFA)



Conciencia

GLASGOW < 13



Función  
Respiratoria

F.R. > 22 POR MIN



Cardiovascular

TAS < 100

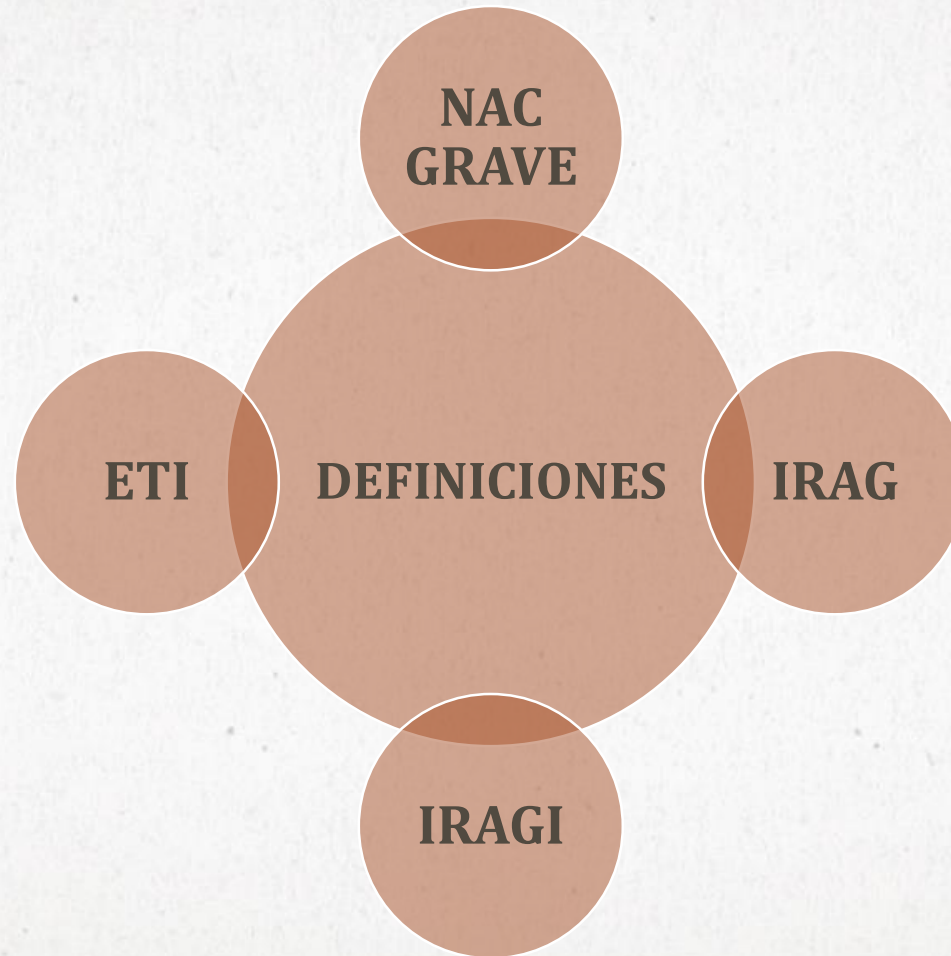
Función Renal



# **GRAVEDAD SEGÚN ÓRGANOS AFECTADOS**

---

# NEUMONÍA



# ¿QUÉ ES LO QUE DETERMINA GRAVEDAD?

## **1- REPERCUSION FUNCIONAL (LOCAL)**

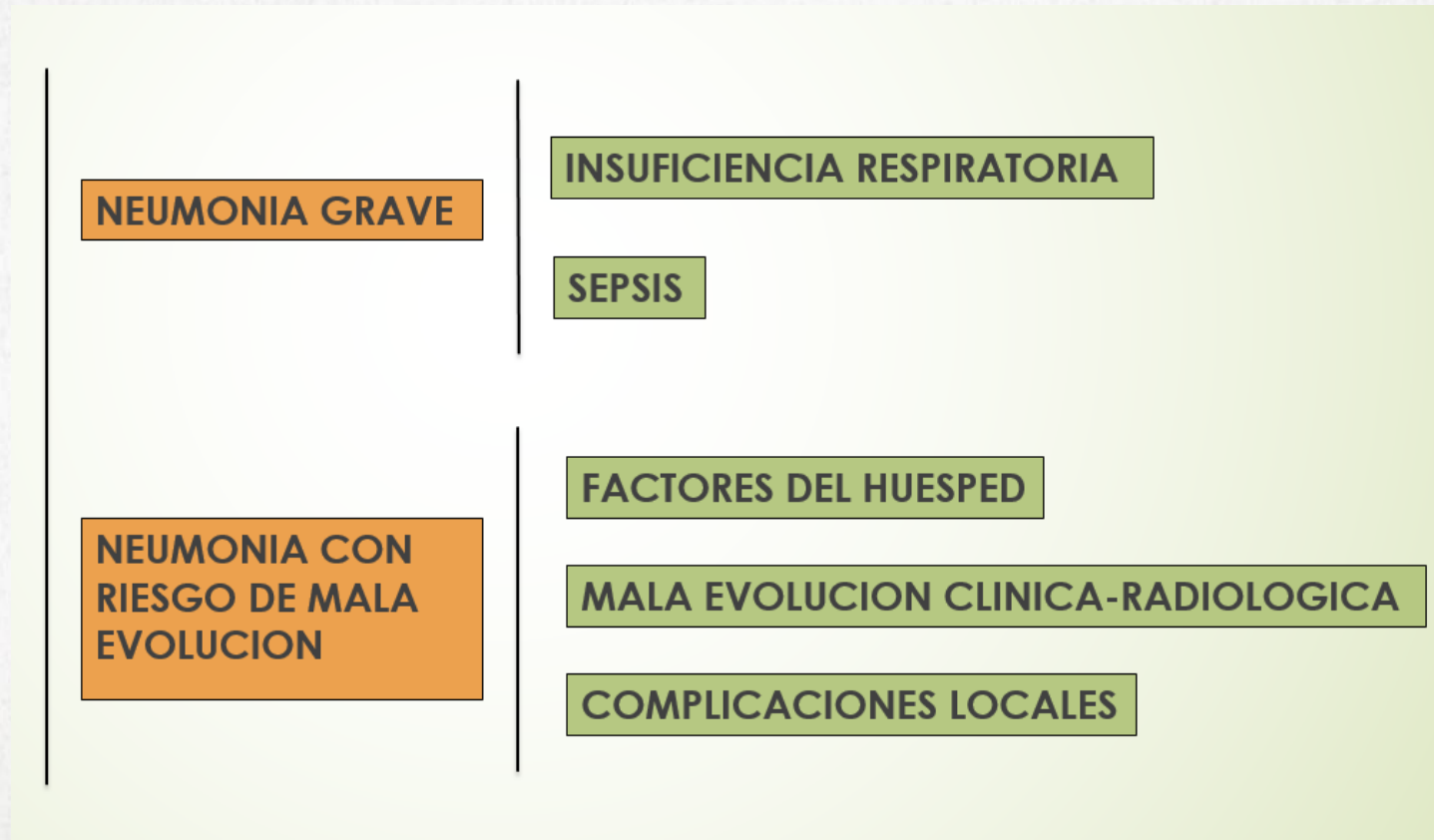
**Alteración de la HEMATOSIS: hipoxemia – hipercapnia**

## **2- REPERCUSION SISTEMICA**

**Inflamación – coagulación generalizada: FALLAS ORGANICAS (SEPSIS)**



# ESCENARIOS CLÍNICOS



## ➡ CURB 65

|           |                                                                                  |          |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>C</b>  | <b>CONFUSIÓN</b>                                                                 | <b>1</b> |
| <b>U</b>  | <b>UREA: &gt;44mg/dL o BUN &gt;20 mg/dL</b>                                      | <b>1</b> |
| <b>R</b>  | <b>RESPIRACIÓN:</b> FR: >30 por minuto                                           | <b>1</b> |
| <b>B</b>  | <b>PRESIÓN ARTERIAL (PA):</b> Sistólica (PAS) <90 y<br>Diastólica (PAD) <60 mmHg | <b>1</b> |
| <b>65</b> | <b>EDAD:</b> > 65 años                                                           | <b>1</b> |

Mandel, L. MD. *et al.* IDSA/ATS Guidelines for CAP in Adults. CID 2007;44 (supl 2)

Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos inmunocompetentes.

Infectio 2013;17 (supl 1): 1

|           |                                                                                                   |  |   |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|
| <b>C</b>  | <b>CONFUSIÓN</b>                                                                                  |  | 1 |
| <b>U</b>  | <b>UREA: &gt;44mg/dL o BUN &gt;20 mg/dL</b>                                                       |  | 1 |
| <b>R</b>  | <b>RESPIRACIÓN: FR: &gt;30 por <u>minuto</u></b>                                                  |  | 1 |
| <b>B</b>  | <b>PRESIÓN ARTERIAL (PA): <u>Sistólica (PAS)</u> &lt;90 y <u>Diastólica (PAD)</u> &lt;60 mmHg</b> |  | 1 |
| <b>65</b> | <b>EDAD: &gt; 65 <u>años</u></b>                                                                  |  | 1 |

|                    | <b>NORMAL</b>  | HIPOXEMIA | INSUFICIENCIA |
|--------------------|----------------|-----------|---------------|
| <b>PO2</b>         | <b>100</b>     | 60 -100   | <60           |
| <b>Sat O2</b>      | <b>&gt;97%</b> | 90 - 97%  | <90%          |
| <b><u>PaFi</u></b> | <b>500</b>     | 300 - 500 | <300          |

| <u>Puntos</u> | Mortalidad   | Grupo y Tratamiento                                                        |
|---------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b>      | <b>0,6%</b>  | <i>Grupo I: Bajo riesgo de complicaciones<br/>Tratamiento: Ambulatorio</i> |
| <b>2</b>      | <b>2,7%</b>  | Grupo I: Bajo riesgo de complicaciones<br>Tratamiento: Ambulatorio         |
| <b>3</b>      | <b>6,8%</b>  | <u>Grupo II: <u>hospitalización</u></u>                                    |
| <b>4 - 5</b>  | <b>27,8%</b> | <u>Grupo III: <u>Neumonía Grave</u></u><br>UCI                             |



# INFECCIÓN URINARIA

## ESCENARIOS CLÍNICOS: SÍNTOMAS

**Disuria Tenesmo Vesical Fiebre**

**Dolor Hipogástrico Poliaquiuria**

**Fiebre Dolor Lumbar**

**Sudoración Taquicardia**

**Disnea Escalofríos**

**Fiebre Taquicardia**

**Trastornos del sensorio**

**SINDROME URINARIO  
BAJO**

**SINDROME URINARIO  
ALTO**

**BACTERIEMIA  
SIRS  
SEPSIS**

- G

+ G

# INFECCIÓN DE P y PB

## PRIMARIAS

## SECUNDARIAS

FRECUENTES

PUERTA DE ENTRADA

NO

UNICAS O MULTIPLES

NUMERO

FRECUENCIA MULTIPLES

PIODERMAS

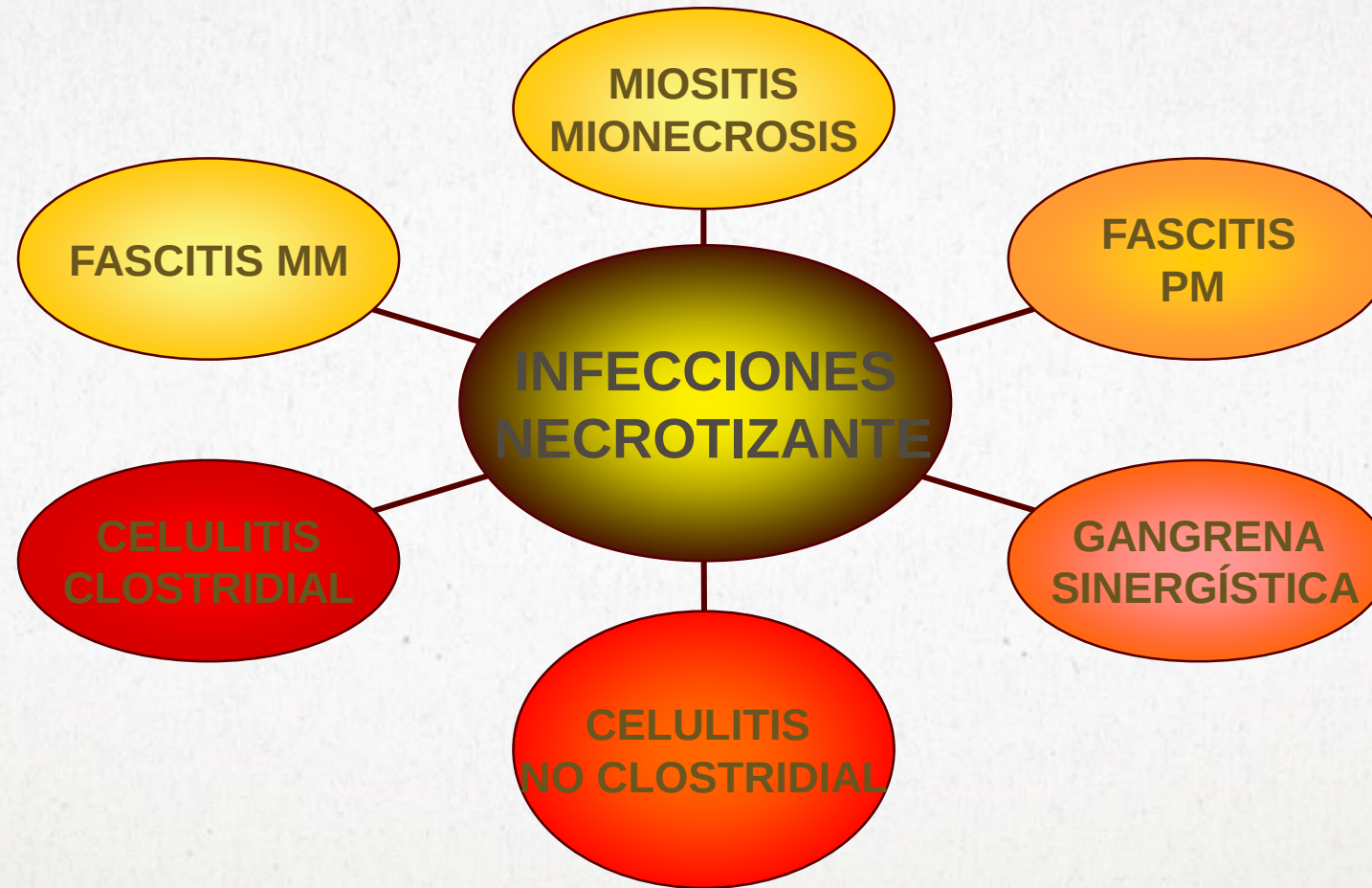
MORFOLOGIA

VARIADA

INFECCIONES  
NECROTIZANTES

Maculas,  
celulitis, nódulos, úlceras, púrpuras,  
Hemorragias, pápulas, pústulas  
ectima gangrenoso, necrosis

# INFECCIONES NECROTIZANTES





# CELULITIS NECROTIZANTE

## CATEGORIZACIÓN CLINICA INICIAL

### ***SIGNOS LOCALES:***

**Intenso dolor, Rápido progreso, Necrosis de tejidos, Crepitación y fetidez**

### ***SIGNOS GENERALES:***

**Sepsis**

**Síndrome tóxico**

**CELULITIS NECROTIZANTE**

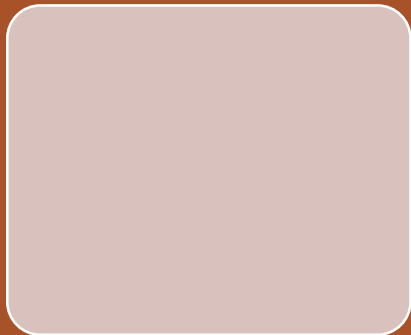


**Urgencia Infectológica**

# INFECCIONES EN SISTEMA NERVIOSO



MENINGOENCEFALITIS



ABSCESO DE CEREBRO, INFECCIÓN  
ASOCIADO A VÁLVULAS,  
INFECCIÓN POSTQUIRÚRICA



## Síndrome Meníngeo

*Cefaleas, Vómitos, fotofobia, rigidez de nuca, manifestaciones encefálicas*

S. de Hiperetensión E.C.



Cefalea, Vómitos,  
edema de papila

Irritación Meníngea



Contractura, Rigidez ,  
fotofobia

Síndrome Encefálico



Confusión, irritabilidad,  
convulsiones, signos focales

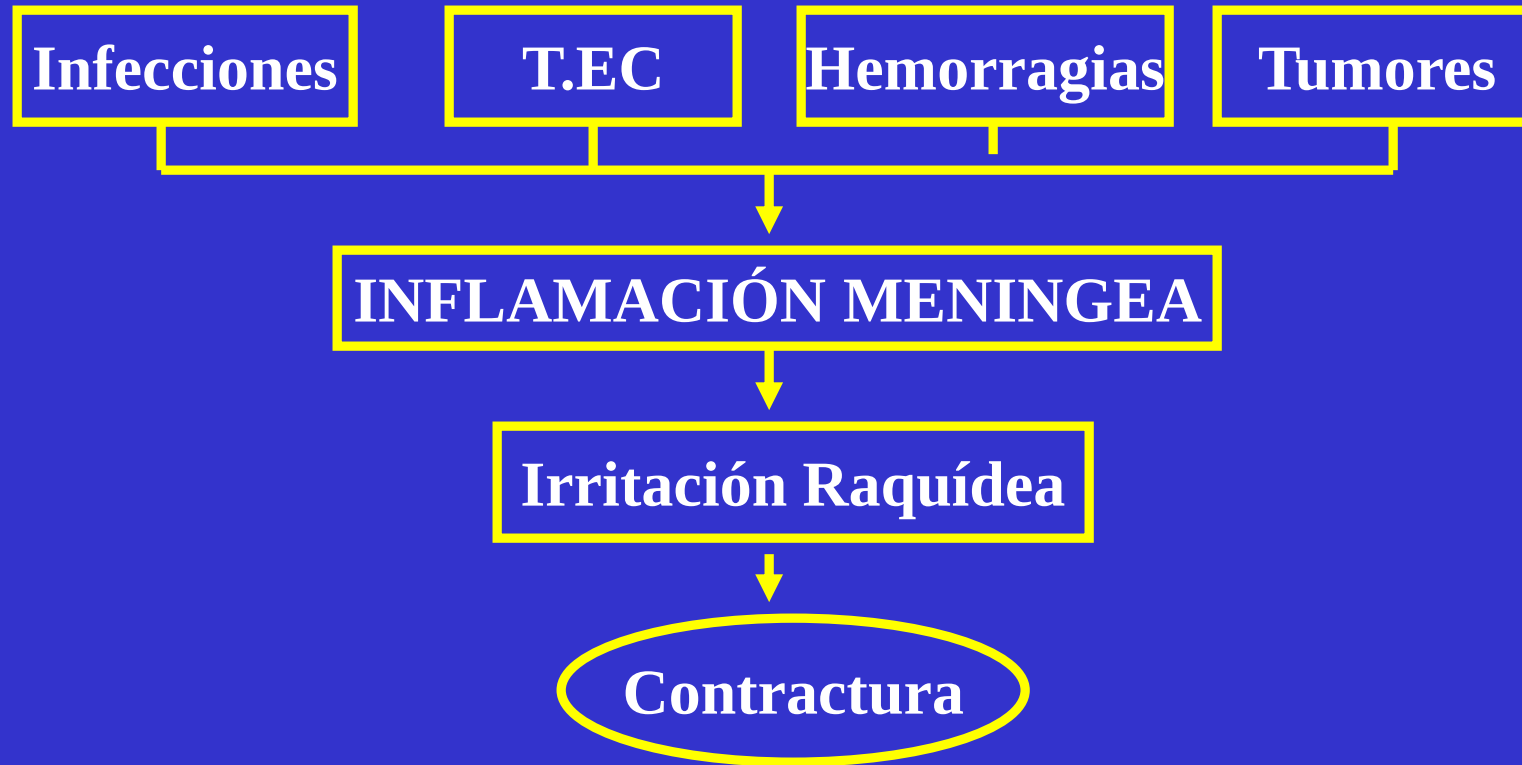
Síndrome Infeccioso



Fiebre, escalofríos, SIRS

# Síndrome Meníngeo

## Causas



# Síndrome Meníngeo

---



## Urgencia Infectológica

**HIC**

---



# Tipos de Inmunodeficit

**Existen tres tipos básicos de déficit inmune:**

- **Neutropenia.**
- **Déficit de inmunidad celular**
- **Déficit de inmunidad humoral.**

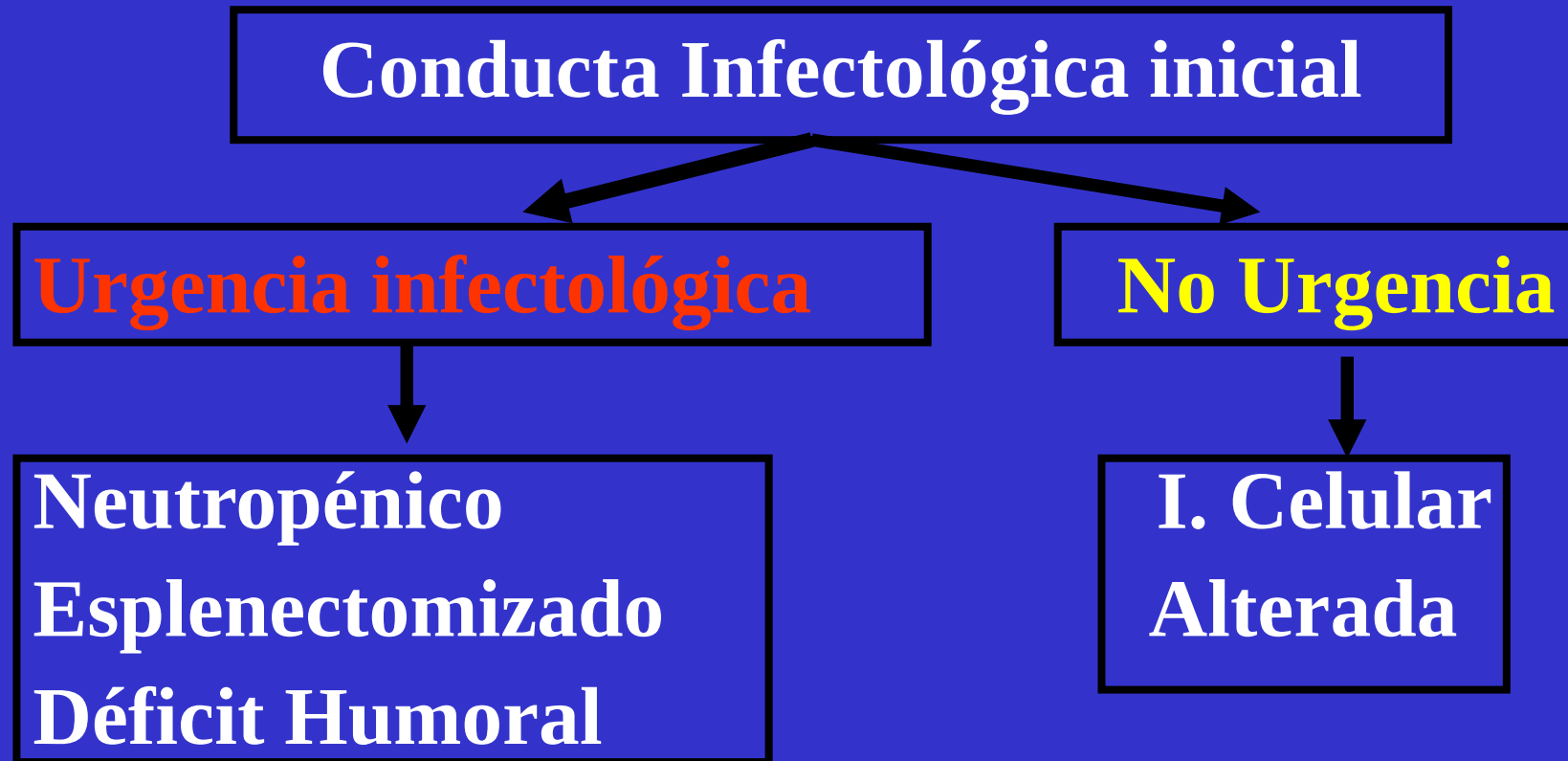
# INFECCIONES EN H.I.C.

Los pacientes presentan distintos tipos de inmunodepresión dependiendo de:

- La enfermedad que padecen
- Del momento evolutivo
- Del tratamiento que hayan recibido.

*Cada tipo de inmunodepresión genera un riesgo de infección distinto y predispone a tipos relativamente seleccionados de agentes etiológicos.*

# Razonamiento Inicial



# Conducta inicial

- **Interrogatorio:** verificar enfermedades o situaciones predisponentes al Inmunodeficit.
- **Examen clínico completo, permite:**

Búsqueda de foco: Recodar que hay HIC que expresan poco sus focos

Valorar estado clínico

- **Realizar cultivos:** Hemocultivo, Urocultivo, Punción de lesiones.

La Punción lumbar si hubiera clínica de foco meningo-encefálico

- **Determinar riesgo** 



| <b>BAJO RIESGO</b>                      | <b>ALTO RIESGO</b>                        |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Enfermedad de base controlada</b>    | <b>Enfermedad de base no controlada</b>   |
| <b>Ambulatorio</b>                      | <b>Internado</b>                          |
| <b>Repuesta adecuada al tratamiento</b> | <b>Repuesta inadecuada al tratamiento</b> |
| <b>Sin Sepsis</b>                       | <b>Con Sepsis</b>                         |
| <b>Sin hemorragia</b>                   | <b>Con hemorragia</b>                     |
| <b>Sin mucositis</b>                    | <b>Con mucositis</b>                      |

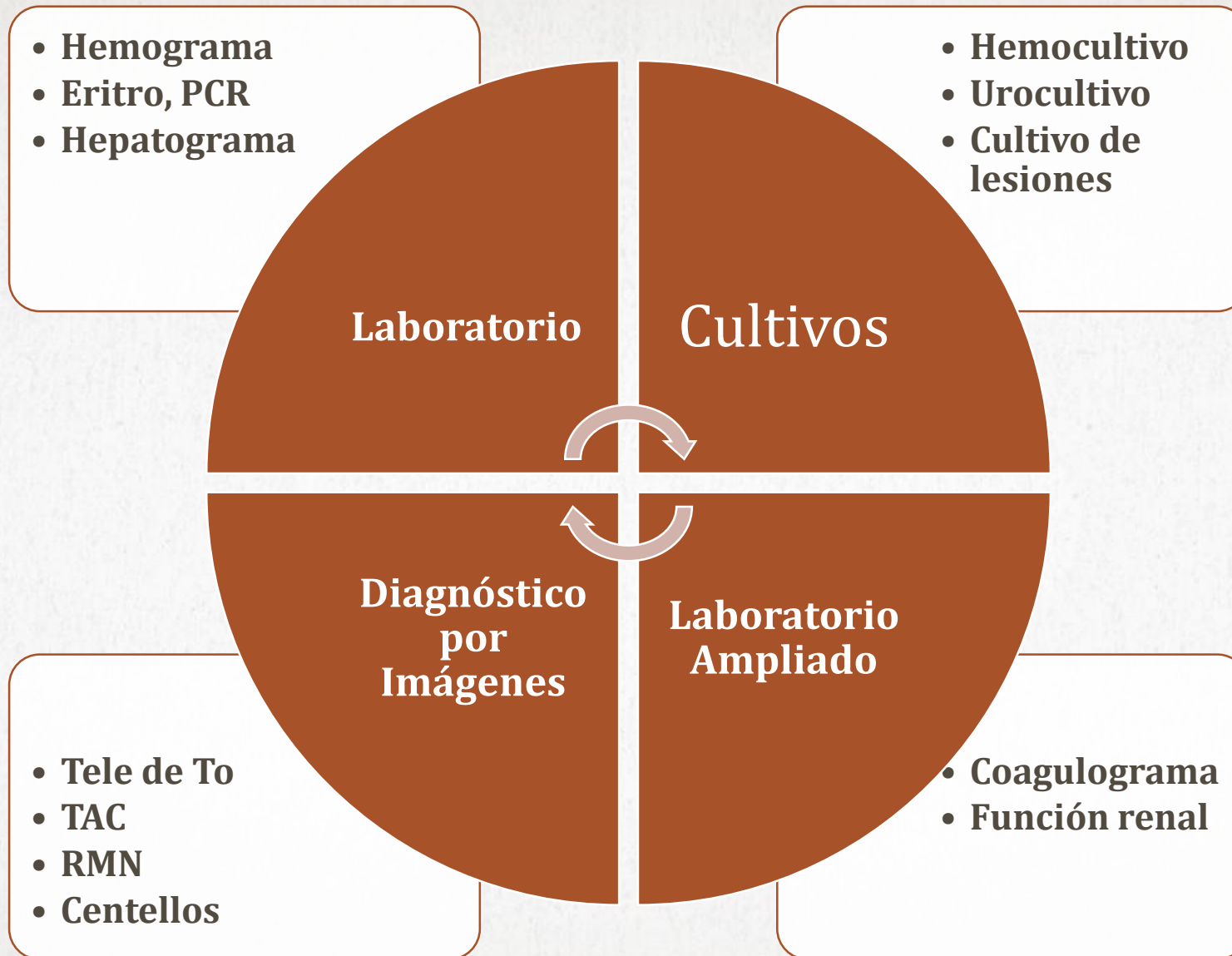


# Urgencias Infectológicas

- Meningitis, Encefalitis Herpética
- Neutropénico febril, Esplenectomizado
- Sepsis grave
- Endoftalmitis
- Infección respiratoria baja con Insuficiencia respiratoria
- Celulitis necrotizante
- Absceso peridural
- Endocarditis protésica precoz

# **MÉTODOS COMPLEMENTARIOS INICIALES**

---



# **APLICACIONES: CASOS CLÍNICOS**

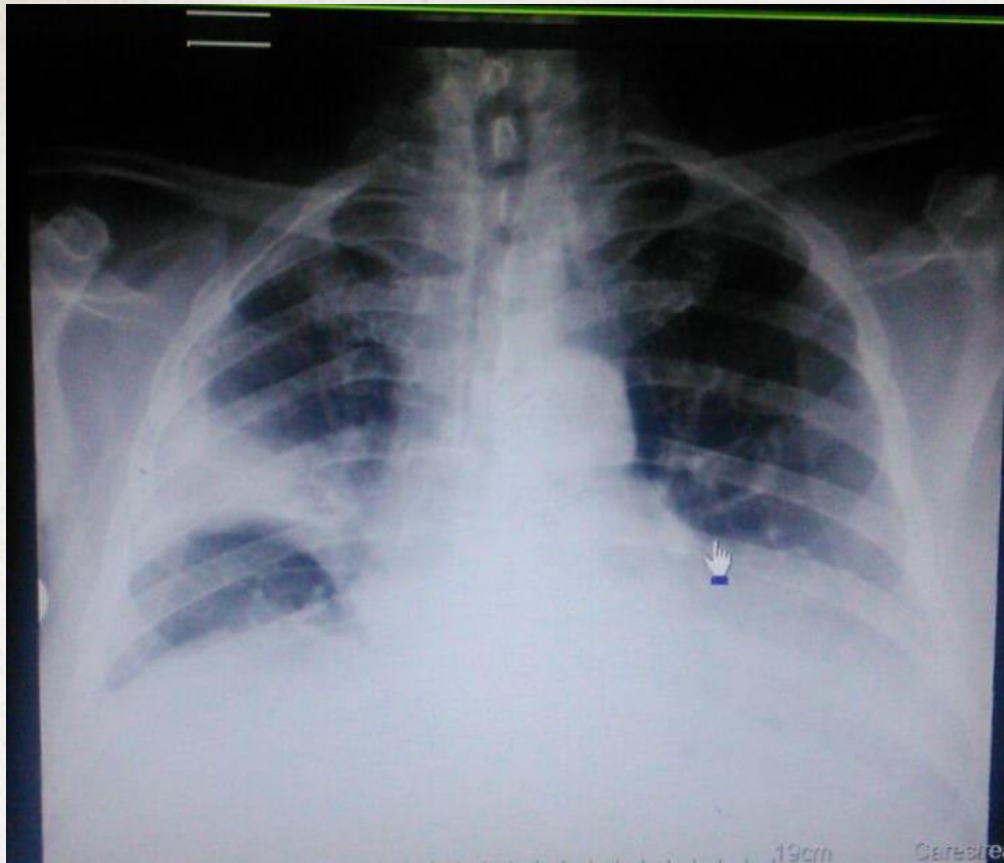
---



# SÍNDROME FEBRIL

- Paciente de 82 años.
- En forma aguda: fiebre. Escalofríos sudoración.
- Tos y escasa expectoración
- Ex Físico: levemente confuso. Eupneico, TA: 140/90, 120 xmin.
- Rales crepitantes en base derecha.

## Razonamiento



## ► CURB 65

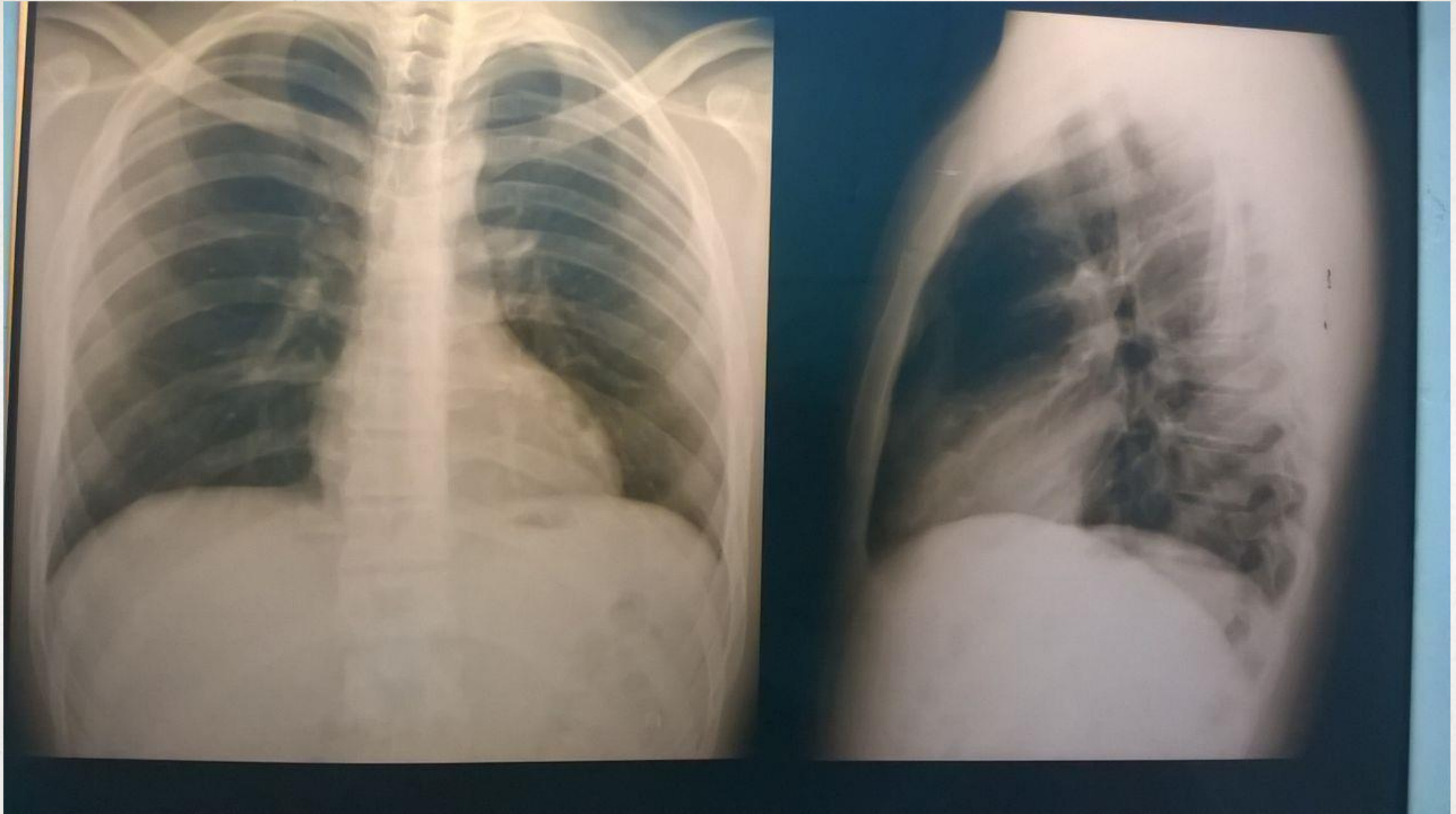
|           |                                                                                     |   |               |                   |                                                                            |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>C</b>  | <b>CONFUSIÓN</b>                                                                    | 1 | <b>Puntos</b> | <b>Mortalidad</b> | <b>Grupo y Tratamiento</b>                                                 |
| <b>U</b>  | <b>UREA: &gt;44mg/dL o BUN &gt;20 mg/dL</b>                                         | 1 | <b>1</b>      | <b>0,6%</b>       | <i>Grupo I: Bajo riesgo de complicaciones<br/>Tratamiento: Ambulatorio</i> |
| <b>R</b>  | <b>RESPIRACIÓN: FR: &gt;30 por minuto</b>                                           | 1 | <b>2</b>      | <b>2,7%</b>       | Grupo I: Bajo riesgo de complicaciones<br>Tratamiento: Ambulatorio         |
| <b>B</b>  | <b>PRESIÓN ARTERIAL (PA): Sistólica (PAS) &lt;90 y Diastólica (PAD) &lt;60 mmHg</b> | 1 | <b>3</b>      | <b>6,8%</b>       | <i>Grupo II: hospitalización</i>                                           |
| <b>65</b> | <b>EDAD: &gt; 65 años</b>                                                           | 1 | <b>4 - 5</b>  | <b>27,8%</b>      | Grupo III: <u>Neumonía Grave</u><br>UCI                                    |

# TABLAS DE RIESGO y CRITERIO CLÍNICO



## **CASO CLÍNICO 2**

- **Paciente de 19 años.**
- **Ingresa con celulitis de M. Inferior.**
- **Rubicundez, dolor en muslo derecho. También fiebre y leve disnea.**
- **Trae una Rx de tórax inicial.**



DR. GUILLERMO RECÚPERO



# **EVOLUCIÓN**

- **Presenta disnea importante.**
- **Se realiza Rx y tac**



**Imágenes nodulares bilaterales**

DR. GUILLERMO RECÚPERO



**Imágenes alveolares, algunas cavitaciones, Derrame pleural Izquierdo**

DR. GUILLERMO RECÚPERO





Guardando en Capturas de pantalla...

**Se ajusta esquema ATB: Vancomicina + Tms**

DR. GUILLERMO RECÚPERO











## **PACIENTE SÍNDROME FEBRIL**

**Paciente de 16 años, sexo masculino. Fiebre leve disnea, pálido, Taquicardico.**

**Cuadro que comenzó 4 días antes de la consulta,  
Antecedentes dolor en muslo, tomado como desgarró.**

**Alguien opinó que había que estudiar serología para  
regionales.**

**Razonamiento**

---

## **EXAMEN FÍSICO INICIAL**

**Compromiso del estado Gral.**

**Pálido.**

**Leve disnea.**

**Taquicardico.**

**Dolor y ligera tumefacción en muslo izquierdo. (Trae una ecografía que señala desgarro muscular).**

**RAZONAMIENTO INICIAL**

---



**RAZONAMIENTO**

**SIRS**

**SEPSIS**

**Bacteriemia por estafilococo**

**Conducta**

---

## **CONDUCTA**

**Hemocultivo,**

**Internación.**

**Tratamiento empírico inicial.**

**Vancomicina + TMS**

---

# RESULTADO DEL HEMOCULTIVO

Número de  
aislamiento: 1

*Staphylococcus aureus* <staur>

|                               | 1 staur     |      |
|-------------------------------|-------------|------|
|                               | CMI         | Cat. |
| Ciprofloxacin                 | $\leq 0.5$  | S    |
| Clindamycin                   | $\leq 0.25$ | R    |
| Erythromycin                  | $\geq 8$    | R    |
| Gentamicin                    | $\leq 0.5$  | S    |
| Levofloxacin                  | 0.25        | S    |
| Linezolid                     | 2           | S    |
| Minocycline                   | $\leq 0.5$  | S    |
| Moxifloxacin                  | $\leq 0.25$ | S    |
| Oxacillin                     | 0.5         | R    |
| Rifampicin                    | $\leq 0.5$  | S    |
| Teicoplanin                   | $\leq 0.5$  | S    |
| Tetracycline                  | $\leq 1$    | S    |
| Trimethoprim/Sulfamethoxazole | $\leq 10$   | S    |
| Vancomycin                    | $\leq 0.5$  | S    |

\*= Deducido

Cipro S  
Eritro R  
Clinda R  
Genta S  
Linesolid S  
Mino S  
Oxa R  
Rrifam S  
Vanco S  
TMS S

## CONCLUSIONES





**Sociedad De  
Infectología  
De Tucumán**



**MUCHAS GRACIAS**